

Hipertrichosis como posible reacción adversa a los antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptación de aminas

Introducción. Se presenta el caso de una paciente que, tras iniciar tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), presenta aparición de vello facial.

Caso clínico. Mujer de 36 años, diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo. Es remitida a psiquiatría donde se añade el diagnóstico de depresión con episodios de angustia, y se inicia tratamiento con paroxetina y alprazolam. Dos meses después, se suspende la paroxetina porque no hay respuesta y se inicia tratamiento con sertralina, con aumento progresivo de dosis hasta 200 mg/día. Tras 10 meses de evolución fluctuante sin remisión, se cambia a venlafaxina comenzando con 150 mg/día y aumentando hasta 225 mg/día. Consulta 2 meses después por aumento del vello facial sin otras localizaciones y ganancia de peso de 7 kg. La paciente no utilizó otros medicamentos, cremas, productos de uso tópico y/o cosmético. En los exámenes complementarios (hemograma, colesterol, hormonas tiroideas) se observa: FSH, 5,46 mU/ml; LH, 5,77 mU/ml; prolactina, 26,14 ng/ml; testosterona, 1,19 ng/ml; progesterona, 1,60 ng/ml; estradiol, 60 pg/ml. DHEAS, 323 µg/dl; androstendiona, 363 ng/ml; cortisol en orina, 43 µg/24 h (todos los valores se encuentran dentro de intervalos de la normalidad según el laboratorio de referencia).

Discusión y conclusiones. Entre los efectos secundarios más frecuentes de los ISRS se han descrito disfunción sexual y gastrointestinal, ganancia de peso^{1,2}, especialmente con paroxetina (posiblemente relacionado con su mayor actividad anticolinérgica), insomnio, sedación y síntomas extrapiramidales (especialmente temblor). Entre las alteraciones endocrinas se ha descrito aumento de prolactina y galactorrea^{2,3}. Con respecto a la sertralina, el cen-

tro de farmacovigilancia estadounidense⁴ menciona la aparición de hipertrichosis, durante la etapa de ensayos clínicos, pero con una frecuencia inferior a 1 por 1.000; sin embargo, no se detectaron alteraciones relativas al peso. En la ficha técnica española⁵ no se mencionan alteraciones en el pelo ni en el peso.

Se ha descrito ganancia de peso con el uso de venlafaxina en más del 1% de los casos tratados y, contradictoriamente, en la misma publicación de la ficha técnica estadounidense⁴ se tienen datos de pérdida de peso dependiente de la dosis. Con respecto a la influencia de venlafaxina en el pelo, se ha descrito como reacción poco frecuente (0,1-1%) alopecia⁵ y caída de pelo tras su utilización que se controla al retirarla⁴ y se vuelve a presentar al reintroducir venlafaxina⁶. El sistema de farmacovigilancia estadounidense no hace ninguna referencia a alteración en el pelo⁴.

Dado que nuestra paciente presenta una analítica hormonal dentro de los límites normales debe diagnosticarse de un cuadro de hipertrichosis posiblemente secundaria a una ingesta de antidepressivos.

Es importante añadir que este trabajo ha sido notificado al sistema español de farmacovigilancia y que actualmente, además del nuestro, hay tres notificaciones en las que se describe hipertrichosis y aumento de peso, cada uno de ellos en dos oportunidades asociados al posible uso de venlafaxina⁶.

Aunque sólo se ha descrito la aparición de hipertrichosis en los ensayos clínicos con sertralina, la secuencia temporal en la aparición de este posible efecto secundario en el presente caso clínico nos hace pensar que pudiera deberse a la utilización de venlafaxina, pues la consulta por los efectos secundarios descritos se realizó sólo después del uso de este último fármaco, no posteriormente a la utilización de sertralina ni paroxetina que se suspendieron en su momento por falta de respuesta. Por lo cual la paciente prefirió seguir usando venlafaxina y ocultar el efecto antiestético de la hipertrichosis facial.

El interés de notificar estos posibles efectos adversos radica en su escasa frecuencia de presentación, lo que puede corroborarse por las pocas o inexistentes referencias bibliográficas que puedan justificar la fisiopatología de este hallazgo. Solamente hemos encontrado dos notificaciones con carácter de

publicación, de los centros de farmacovigilancia española⁵ y estadounidense⁴.

Lucía Barahona Rondón, Alicia Iguarán Mengual, Joaquín Morera Montes y Ángela Oria Fernández

Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

1. Camacho F, Montagna W, editores. Tri-cología-Enfermedades del folículo piloso sebáceo. Madrid: Aula Médica; 1999. p. 265-98.
2. Antidepressant side effects are significant treatment consideration, AHCPR concludes; SSRIs secondary amine tricyclis, bupropion, trazodone first-line. FDC-Reports, Pink-Sheet, Prescription. Pharmaceuticals and Biotechnology. 1993;55: 8-9.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En: Kaplan-Sadock, editor. Sinopsis de psiquiatría. 9.^a ed. Barcelona: Waverly Hispánica; 2004. p. 1093-104.
4. Physicians' Desk Reference. Versión electrónica de Micromedex® HealthCare Series Data Bases; 2006. Vol 129.
5. Fichas técnicas. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Disponible en: <http://www.agemed.es>
6. Sadock BJ, Sadock VA. Venlafaxina. En: Kaplan-Sadock, editor. Sinopsis de psiquiatría. 9.^a ed. Barcelona: Waverly Hispánica; 2004. p. 1135-6.

Autorreferencia de peso y talla y prevalencia de obesidad en pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular

En España, la obesidad es una enfermedad prevalente y en aumento, tanto en población adulta como infantil. Además, es un importante factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular (ECV) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)¹. Por ello, su vigilancia es de interés para la salud pública². Los datos autorreferidos de peso y talla su-

Palabras clave: Hipertrichosis. Venlafaxina. Reacción adversa.

Palabras clave: Índice de masa corporal. Obesidad. Percepción del peso. Peso corporal. Salud pública nutricional.

TABLA 1 Diferencia entre medias de IMC referido-valorado y variables de los pacientes

| Variable | IMC, media ± DE | | p |
|--|-----------------|--------------|---------|
| | Autorreferido | Valorado | |
| Sexo | | | |
| Mujer | 29,71 ± 5,35 | 30,38 ± 5,44 | < 0,001 |
| Varón | 28,51 ± 4,73 | 29,40 ± 4,76 | < 0,001 |
| Nivel educativo | | | |
| Bajo | 29,48 ± 5,21 | 30,21 ± 5,23 | < 0,001 |
| Medio-alto | 28,65 ± 5,00 | 29,45 ± 5,18 | < 0,001 |
| Situación laboral | | | |
| En paro | 30,83 ± 7,21 | 31,44 ± 7,34 | 0,005 |
| Jubilado | 28,89 ± 4,09 | 29,70 ± 4,04 | < 0,001 |
| Contrato eventual | 30,51 ± 7,52 | 31,07 ± 7,49 | 0,139 |
| Contrato indefinido | 28,58 ± 5,56 | 29,35 ± 5,89 | < 0,001 |
| Ama de casa | 29,29 ± 4,14 | 29,99 ± 4,18 | < 0,001 |
| Ejercicio físico | | | |
| Sí | 29,04 ± 4,95 | 29,84 ± 4,91 | < 0,001 |
| No | 29,47 ± 5,32 | 30,17 ± 5,46 | < 0,001 |
| Percepción del estado de salud | | | |
| Buena | 28,53 ± 4,80 | 29,39 ± 5,02 | < 0,001 |
| Regular | 29,54 ± 4,97 | 30,24 ± 5,02 | < 0,001 |
| Mala | 31,31 ± 7,45 | 31,82 ± 7,19 | 0,210 |
| Estado civil | | | |
| Sin pareja | 29,11 ± 5,70 | 29,78 ± 5,85 | < 0,001 |
| Con pareja | 29,36 ± 4,92 | 30,14 ± 4,93 | < 0,001 |
| Conocimiento sobre el estado nutricional | | | |
| Peso bajo | 22,07 ± 4,80 | 22,71 ± 5,08 | 0,126 |
| Normal | 25,67 ± 3,41 | 26,27 ± 3,44 | < 0,001 |
| Sobrepeso | 30,35 ± 3,68 | 31,09 ± 3,65 | < 0,001 |
| Obeso | 36,77 ± 5,79 | 37,90 ± 5,52 | 0,004 |
| No sabe | 28,67 ± 4,11 | 30,17 ± 3,94 | 0,031 |

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

ministran una valoración costo-efectiva de estas variables, y se los ha usado en numerosos estudios epidemiológicos. Sin embargo, algunos resultados muestran una subestimación del peso y una sobrestimación de la talla, lo que se refleja en un subestimación del índice de masa corporal (IMC), y genera desconfianza en la utilización de este método como instrumento para determinar la presencia y establecer la prevalencia de obesidad en un grupo de pacientes³⁻⁵.

Objetivo. Comparar los datos de peso y talla autorreferidos y el IMC resultante con las mediciones de dichas variables en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) o ECV en farmacias comunitarias de Andalucía (España) y determinar su influencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad por IMC.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Seis farmacias comunitarias de Andalucía, durante 15 días por esta-

rones, 35,8%; con tabaquismo, el 13,2%; historia personal de hipertensión arterial, el 79,0%; dislipemia, el 42,4%; DM2, el 19,5%, y ECV, el 22,6%. De los 257 pacientes, 101 (39,3%) estimaron adecuadamente su estado nutricional.

Los varones subestimaron su peso en $-2,08 \pm 2,4$ kg y las mujeres en $-0,94 \pm 2,0$ kg. Los varones sobrestimaron la talla en $0,7 \pm 2,6$ cm y las mujeres, en $0,5 \pm 2,7$ cm. La diferencia entre los valores de IMC estimados por los pacientes y los reales fue $-0,88 \pm 1,38$ para los varones y $-0,66 \pm 1,34$ para las mujeres.

La prevalencia de sobrepeso por IMC se subestima en un 9% entre las mujeres y en un 21,6% entre los varones; mientras que la prevalencia de obesidad se subestima en un 20,9% y un 31,7%, entre mujeres y varones, respectivamente.

Los pacientes con contratos de trabajo eventuales, los que autovaloran su estado

blecimiento, en el período de septiembre a diciembre de 2004.

Participantes. Pacientes con edades entre 25 y 74 años que acudieron a 6 farmacias durante el período de estudio, con una receta a su nombre, de al menos un medicamento cuya indicación principal fuese una afección cardiovascular.

Mediciones. Características sociodemográficas, presencia de FRCV y ECV, datos del estado nutricional y el peso y la talla autorreferidos. Posteriormente, mediante técnicas y equipos estandarizados, un farmacéutico pesó y midió a todos los participantes.

Resultados. Se incluyó un total de 257 pacientes, con una media de edad \pm desviación estándar de $60,9 \pm 10,8$ años, va-

de salud como «malo» y quienes refieren su estado nutricional como con «peso bajo» no presentan diferencias en la clasificación del estado nutricional por IMC (tabla 1).

Discusión y conclusiones. Los resultados obtenidos son consistentes con otros estudios publicados sobre el tema, en términos de una subestimación del peso corporal y sobrestimación de la talla, esto puede causar errores en la clasificación nutricional realizada a partir de estos datos. En pacientes con FRCV o con ECV que acuden a farmacias comunitarias, la prevalencia de sobrepeso y obesidad, según el peso y la talla autorreferidos, está asociada a una subestimación de este factor de riesgo nutricional. En esta población hay diferencias por sexo, nivel educativo, actividad laboral y percepción del estado de salud, entre otras variables (tabla 1). Teniendo en cuenta la importancia del estado nutricional en el abordaje de las ECV, se debe considerar con precaución los datos autorreferidos.

Este trabajo se financió con fondos para la subvención de proyectos de investigación y planes de formación en ciencias de la salud, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España). Participaron en la recogida de la información los farmacéuticos comunitarios: Javier Tudela y Damián Barris (Málaga); Jaime Román-Alvarado, Marina Paula Machuca y Julio Cansino (Sevilla), y Juan Sevilla (Granada).

Los autores certifican que no tienen ningún conflicto de intereses en este trabajo. Este trabajo fue presentado previamente en formato póster, durante el I World Congress of Public Health Nutrition, que se llevó cabo en Barcelona el 28-30 de septiembre de 2006.

Laura I. González Zapata^{a,b}, Pedro Amariles^{c,d}, María Isabel Baena^d y María José Faus^d

^aEscuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^bObservatorio de políticas públicas y salud. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Alicante. España. ^cFacultad de Química Farmacéutica. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^dGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR). Granada. España.

1. Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:196-7.
2. González-Zapata LI, Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C. Mapping public policy options responding to obesity: The case of Spain. *Obes Rev*. 2007;8 Suppl 2:99-108.
3. Bolton-Smith C, Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Morrison C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:143-8.
4. Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez-Hernández A. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Mex*. 1999;41:479-86.
5. Nawaz H, Chan W, Abdulrahman M, Larson D, Katz DL. Self-reported weight and height. Implications for obesity research. *Am J Prev Med*. 2001;20:294-8.

Fuentes de información para basar decisiones médicas, diagnósticas y terapéuticas en medicina familiar

Objetivo. Conocer las diversas fuentes de la literatura médica u otros recursos de profesionales de atención primaria para basar las decisiones médicas.

Diseño. Se trata de un estudio transversal, tipo encuesta, en el que se estudió una muestra de médicos de familia pertenecientes a la Sociedad de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar, durante junio de 2006.

Emplazamiento. México.

Participantes. La encuesta se aplicó, durante una de las reuniones mensuales de educación médica continuada, a todos los asistentes, previa explicación de estudio y autorización verbal de la aplicación de la encuesta.

Palabras clave: Atención clínica. Información médica. Medicina basada en evidencia.

TABLA 1 Fuentes de información médica para diagnóstico y tratamiento en la práctica clínica

| Fuentes de información | Utilidad | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| | Duda del diagnóstico, n (%) | Duda del tratamiento, n (%) | Duda del diagnóstico y tratamiento, n (%) | Otros usos (dosis, pronóstico y etiología), n (%) |
| Libro de texto | 16 (29,1) | 5 (9,1) | 21 (38,2) | 13 (23,6) |
| Revista médica en papel | 2 (3,6) | 14 (25,5) | 14 (25,5) | 25 (45,4) |
| Apuntes de clase | 1 (1,8) | 3 (5,5) | 4 (7,3) | 47 (85,4) |
| Uso de PDA (ordenador personal) | 1 (1,8) | 1 (1,8) | 1 (1,8) | 52 (94,6) |
| Internet (MBE) | 3 (5,5) | 7 (12,7) | 17 (30,9) | 28 (50,9) |
| Internet diferido (en casa u otro sitio) | 6 (10,9) | 6 (10,9) | 17 (30,9) | 26 (47,3) |
| Propaganda médica | 0 (0) | 3 (5,5) | 1 (1,8) | 51 (92,7) |
| Consulta a un colega | 5 (9,1) | 3 (5,5) | 24 (43,6) | 23 (41,8) |

n = 55.

Mediciones principales. Se evaluaron las características demográficas, datos sobre su práctica médica, especialidad, lugar de trabajo etc. Las fuentes de información médica a la que generalmente los profesionales recurren ante la duda diagnóstica o de tratamiento. Se valora también el acceso a medios electrónicos de información. El plan de análisis contempla el uso de porcentajes y frecuencias y como estadística inferencial se usó la prueba de la χ^2 para variables categóricas con $p < 0,05$.

Resultados. Del total de médicos de familia encuestados se estudió sólo a 55 (6 excluidos); de ellos el 45,5% eran varones y el 54,5%, mujeres. Promedio de edad, $44,2 \pm 9$ años. Los resultados aparecen en la tabla 1. Lo más frecuente es que se utilice más de una base de datos. Aisladamente la de mayor frecuencia es MEDLINE con el 23,4%, seguida de PubMed con el 8,5%. Más de la mitad de los médicos de familia tienen una suscripción al menos a una revista en papel, y un tercio de ellos afirmó utilizar la medicina basada en evidencia (MBE) en su práctica clínica.

Discusión y conclusiones. Se ha informado que un porcentaje importante de médicos de familia se apoya en sus colegas como fuente de consulta¹. En este estudio, el dato coincide con el estudio de Dawes et al² que refieren que un 40% de los médicos consulta a colegas. Casi la mitad de los entrevistados buscan información médica en material escrito (libros y/o revistas). Sin embargo, es algo digno de llamar la atención ya que, sobre todo, los libros de texto acusan obsolescencia hasta de 10 años^{3,4}.

Sólo un tercio de los médicos de familia dicen usar la MBE en respuesta a la pregunta directa, corroborado por la afirmación de usar la consulta de internet en el momento mismo de estar con el paciente. Este porcentaje concuerda con el estudio de McColl et al⁵.

En nuestro medio la adopción de guías clínicas puede constituir una alternativa viable para mantenerse actualizado, mientras se generaliza el adiestramiento de los médicos de familia en la técnica de MBE.

En la era de la MBE, un porcentaje considerable de médicos de familia siguen usando el libro de texto y la consulta al colega como recurso de información para decisiones médicas en cuanto a diagnóstico y tratamiento, y un tercio de ellos afirmaron utilizar la medicina basada en evidencia en su práctica clínica. MEDLINE fue la base de datos más frecuentemente utilizada.

José Manuel Ramírez Aranda^a,
María del Carmen Martínez Borda^b
y Elsa Araceli Tejeda González^c

^aResidencia de Medicina Familiar. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

^bMedicina Familiar, práctica institucional. México. ^cMedicina Familiar. Centro de Salud San Bernabé, Jurisdicción N.º 1. Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. México.

1. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med*. 1985;103:596-9.
2. Dawes M, Sampson U. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *International Journal of Medical Informatics*. 2003;71:9-15.